

FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO PARA LA OBTENCIÓN Y USO DE IMAGENES

Fecha de obtención del consentimiento informado: ____ / ____ / ____

NOMBRE DEL PACIENTE:

(Nombre y dos apellidos o etiqueta de identificación)

FECHA DE NACIMIENTO _____ **RUT:** _____

NOMBRE DEL MÉDICO: _____ **RUT:** _____
(Letra Legible, puede utilizar TIMBRE)

Este documento sirve para que usted, o quien lo represente, dé su consentimiento para la adquisición y uso de imágenes. Eso significa que nos autoriza a realizarlo.

Puede usted revocar este consentimiento cuando lo desee. De su rechazo no se derivará ninguna consecuencia respecto a la calidad del resto de la atención recibida. Antes de firmar, es importante que lea despacio la información siguiente.

Díganos si tiene alguna duda o necesita más información. Le atenderemos con mucho gusto.

Autorizo voluntariamente el uso de mi imagen. Asimismo, accedo a ser fotografiado y/o grabado en video de forma previa, durante y con posterioridad a la cirugía a la que seré sometido, teniendo total conocimiento de que toda la información, imágenes, videos o cualquier otro material que se obtenga, serán de exclusiva propiedad de Clínica Bupa Santiago y no me serán devueltos, pudiendo ser utilizados exclusivamente para fines afines a la cirugía que se me realizará y/o fines académicos.

Declaro que todos los derechos de cualquier clase y sobre todos los films, fotografías y grabaciones de imágenes realizadas como se establece en esta autorización, son de propiedad de Clínica Bupa Santiago, renunciando desde ya a formular cualquier reclamo, de cualquier clase o naturaleza contra éste o terceros. Adicionalmente, no cuestionaré la legitimidad o formularé reclamos por ninguna representación desfavorable de la persona o imagen de mi representado que resulte de las imágenes, u otras grabaciones que se obtengan del proceso llevado a cabo por Clínica Bupa Santiago. Clínica Bupa Santiago se compromete a no dar un uso indebido de las imágenes obtenidas.

Nunca se utilizarán los datos del paciente como nombre, Rut, etc. Solo se capturarán imágenes.

Declaro, reconozco y acepto irrevocablemente que Clínica Bupa Santiago podrá utilizar el material, total o parcialmente a perpetuidad, en todo el mundo.

Asimismo, y por este acto, acepto que Clínica Bupa Santiago pueda decidir no usar el material que obtenga e incluso que puede decidir emitirlo sin usar la imagen objeto de esta autorización.

II.- CONSENTIMIENTO INFORMADO

En el caso de INCAPACIDAD DEL/DE LA PACIENTE será necesario el consentimiento del/de la representante legal.

En el caso del MENOR DE EDAD, el consentimiento lo darán sus representantes legales, aunque el menor siempre será informado de acuerdo con su grado de entendimiento.

En caso de menores de edad o pacientes sin capacidad de otorgar consentimiento

Representante legal: _____ Rut: _____

AUTORIZACIÓN AL CONSENTIMIENTO INFORMADO

___SI___NO Autorizo a que se realice la toma y uso de imágenes para la planificación y estudio por parte de mi equipo médico solo con un fin terapéutico.

___SI___NO Autorizo a que se realice la toma y uso de imágenes permitiendo a mi tratante utilizar imágenes con fines docentes.

___SI___NO Autorizo a que se realice la toma y uso de imágenes permitiendo a mi tratante utilizar imágenes con los fines que él/ella estime conveniente, incluyendo uso para comercial.

Firma paciente o representante legal

Firma del Médico

En caso de DENEGACIÓN O REVOCACIÓN

Firma Paciente

Firma Médico